

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

170

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André ECHÉGUT

Né le 26 novembre 1906, à Ebreuil (Allier)
Ancien externe des Hôpitaux

LES

MANIFESTATIONS DIGESTIVES

DU

BASEDOW FRUSTE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André ECHÉGUT

Né le 26 novembre 1906, à Ebreuil (Allier)
Ancien externe des Hôpitaux

LES

MANIFESTATIONS DIGESTIVES

DU

BASEDOW FRUSTE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER.....	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER ·	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...·	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique.
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON GRAND-PÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR M. LOEPER

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

A M. LE DOCTEUR CHÈNE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui nous a inspiré ce travail. Nous le
prions de bien vouloir trouver ici le témoi-
gnage de notre plus profonde et respec-
tueuse reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

CLERMONT-FERRAND

1927. NOTRE REGRETTÉ MAÎTRE M. LE PROFESSEUR
BILLARD (Hôtel-Dieu).

1927. M. LE DOCTEUR PATURET (Hôtel-Dieu).

PARIS

1928. M. LE DOCTEUR ROBINEAU (Hôpital Necker).

1928. M. LE PROFESSEUR LEMIERRE (Hôpital Bichat).

1929. M. LE DOCTEUR BABONNEIX (Hôpital de la
Charité).

1929. M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE (Accoucheur
Hôpital Lariboisière).

Externat :

1930. NOTRE REGRETTÉ MAÎTRE M. LE DOCTEUR
J. AUCLAIR (Bastion 29).

1930-1931. NOTRE REGRETTÉ MAÎTRE M. LE PROFES-
SEUR TEISSIER (Hôpital Claude-Bernard).

1931. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA (Hôpital
Claude-Bernard).

1932. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WELTI (Hôpital
Broussais).

A MM. LES DOCTEURS REILLY, MICHAUX, JUSTIN-
BEZANÇON, SIGWALD, BOURGEOIS,
LAYANI, OUMANSKY, EVEN, PELLE-
ABEL.

LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES DU BASEDOW FRUSTE

Introduction.

Parmi les nombreux malades qui viennent se faire examiner pour des troubles digestifs divers, il en est un nombre assez important qui ne présentent aucune lésion organique du tube digestif, mais souffrent seulement d'un retentissement sur l'estomac ou l'intestin, de l'atteinte primitive d'un autre organe : cœur, foie, reins, appareil génital, glandes endocrines.

Or la difficulté consiste souvent à reconnaître la cause exacte des dyspepsies et à mettre en évidence l'atteinte de l'organe dont les troubles retentissent sur la digestion. Aussi croyons-nous utile d'insister sur les éléments de diagnostic qui permettent de reconnaître ces dyspepsies secondaires et, en particulier, sur les troubles endocriniens parmi lesquels le retentissement digestif passe souvent au premier plan (Basedow fruste).

Entrevus depuis longtemps, ces troubles digestifs n'ont été rattachés à leur véritable cause que depuis

les nombreux travaux parus récemment sur le sympathique et les glandes endocrines. Aussi pour comprendre la nature de ces troubles digestifs croyons-nous indispensable de rappeler l'essentiel de ces travaux.

Le sympathique et le tube digestif.

L'action du sympathique sur le tube digestif a très bien été étudiée au point de vue anatomique par M. le Professeur Loeper dans un article du *Journal Médical Français* de juin 1931.

En effet pour cet auteur : « De tous les segments du grand sympathique, le système abdominal est certes le plus développé et celui auquel incombe le travail le plus complexe et le plus étendu. Son action se fait sentir sur tous les organes de la cavité abdominale depuis l'estomac jusqu'au rectum, en passant par le foie, le rein et le pancréas. Le réseau inextricable qu'il constitue se ponctue de nombreux ganglions et les filets même qui pénètrent les organes se renforcent d'un nombre considérable d'amas cellulaires qui sont autant de centres actifs sinon autonomes.

Le sympathique abdominal est constitué par le plexus solaire et le plexus hypogastrique, ces 2 plexus se rattachent aux chaînes latéro-vertébrales que chacun connaît.

Le plexus hypogastrique est assez banal ; le plexus solaire par contre présente une disposition assez com-

pliquée. Les ganglions y sont nombreux. On l'a désigné sous le nom de « cerveau abdominal ».

Bien plus, le plexus solaire n'est pas seulement sympathique, il reçoit du pneumogastrique un nombre important de fibres qui lui confèrent une nouvelle activité tant sécrétoire que motrice et trophique.

Aussi la pathologie du sympathique abdominal est-elle à peu près contenue dans le plexus solaire.

Les ganglions sont d'abord les semi-lunaires, avec l'anse de Wrisberg que forme le nerf vague droit, puis les ganglions réno-aortiques et mésentérique supérieur. Les plexus qui les unissent suivent la coronaire, la splénique, les artères mésentériques, les artères iliaques.

Les branches afférentes sont le grand splanchnique qui vient des VI^e, VII^e, VIII^e et IX^e paires thoraciques, le petit splanchnique qui naît des X^e, XI^e et XII^e et parfois un petit nerf dit splanchnique intermédiaire de Walther.

C'est aussi le pneumogastrique droit qui se perd dans le ganglion semi-lunaire droit et donne quelques filets au semi-lunaire gauche.

Ainsi se constituent trois étages : épigastrique, mésentérique supérieur et mésentérique inférieur, le premier d'où dépend l'estomac, l'autre d'où dépend le ventre droit, le troisième qui innerve le ventre gauche. Les fibres du sympathique sont de volume variable ; les unes sont volumineuses et les autres très fines. Il en est de myélinisées, ce sont surtout les fibres préganglionnaires, d'autres sont amyéli-

niques et ce sont surtout des fibres post-ganglionnaires ou périphériques.

Les filets nerveux émanant du plexus pénètrent l'estomac comme l'intestin. Ils y forment des plexus pariétaux que l'on est convenu de diviser en trois plans : tout d'abord le plexus sous-péritonéal, puis le plexus musculaire d'Auerbach et le double plexus sous-muqueux de Meissner. Ces plexus sont faits de fibres variqueuses du type Remak qui se terminent sur les fibres lisses ou se disposent autour des glandes, des villosités et des vaisseaux. Mais ils sont semés d'amas de cellules nerveuses, de ganglions en miniature, souvent allongés, parfois arrondis, dont l'abondance est grande en certains points du tractus, spécialement au voisinage du côlon ascendant et du côlon sigmoïdien.

En somme, il existe 2 systèmes nerveux, celui de la « vie de relation » et celui de la « vie organique », celui-ci constituant l'ensemble du « système sympathique » dont les troncs principaux s'échelonnent depuis le cerveau jusqu'à la région lombo-sacrée, accompagnés d'une série de ganglions constituant autant de centres secondaires.

En apparence unique, ce système est en réalité double, et comprend d'une part le sympathique proprement dit à fonction excitante, d'autre part le parasympathique ou vague à fonction modératrice.

L'état physiologique normal résulte du maintien de l'équilibre entre ces deux actions : que cet équilibre soit troublé, il en résulte un état pathologique

durable ou passager, soit par hyper ou hypo-sympathicotonie; soit par hyper ou hypo-vagotonie.

Or, les glandes endocrines, ou glandes à sécrétions internes, déversent directement dans le sang leurs sécrétions et ces sécrétions, en agissant sur le système sympathique peuvent être soit excitantes, soit modératrices, d'où la division des glandes endocrines en 2 groupes :

Les sympathicotoniques, comme la thyroïde et l'hypophyse.

Les vagotoniques, comme le pancréas et la surrénale.

Les troubles de ces glandes, et en particulier de la thyroïde dans la maladie de Basedow, peuvent donc retentir sur le sympathique et, par son intermédiaire, provoquer des troubles digestifs.

Chimisme gastrique dans les hyperthyroïdies.

Bien que les déviations du chimisme gastrique ne règlent pas la séméiologie de l'estomac ni même soient à la base de beaucoup de ses troubles, du moins il est intéressant de constater que cette sécrétion est influencée par l'hyperthyroïdie. Bien étudiés par A. Gutmann dans un article très documenté des *Annales de Thérapie biologique* (15 décembre 1932) les faits suivants ont été constatés :

Expérimentalement, Rogers, Rahé et Abrahamson,

Lewit, Chiabrera obtiennent par injections d'extraits thyroïdiens une augmentation de la sécrétion.

Hernando, chez l'homme accroît, par la thyroxine, et la quantité et l'acidité du suc. Marano, Hernando et nous-même ont vu apparaître de l'hyperacidité chez des malades qui absorbaient de la thyroïdine.

Perusse et Rozen constatent que, sur le chien, une alimentation contenant du corps thyroïde augmente les contractions à vide, pourtant si cette absorption est prolongée, la motilité devient au contraire déficiente et ces dernières constatations se relient à celles qui vont suivre.

En effet, Hardt et Thrundell observent qu'en faisant ingérer longtemps du corps thyroïde à un chien, on amène une diminution de la sécrétion gastrique.

Chez l'homme, Badylkès note que les injections de thyroïde finissent par provoquer une diminution sensible de la sécrétion, analysé soit à jeun, soit après repas d'épreuve, le suc gastrique montre alors constamment un abaissement de l'acidité totale et de la quantité d'Hcl libre.

Expérimentalement donc, les sucs thyroïdiens commencent par exciter, finissent par diminuer la quantité et l'acidité de la sécrétion. Si l'on passe de l'expérimentation à l' :

Observation des malades, on trouve, sous les divergences d'opinions, des résultats concordant à peu près avec les précédents.

Barker considère qu'en règle générale, chez les basedowiens, la sécrétion est diminuée, mais qu'il

existe des cas où elle est augmentée. Pour Ring, la motilité gastrique est habituellement augmentée, mais l'achlorhydrie est fréquente

Pour Maranon, Escudero, la formule habituelle est l'hypersécrétion et l'hyperacidité ; pour Maranon, Lockwood, dans les cas avancés la formule tend vers l'achlorhydrie.

Wolpe a trouvé de l'achylie constamment dans tous les cas de goitre exophtalmique grave et un chimisme normal dans tous les cas moyens.

Rund Faba trouve achlorhydriques 50 % des basedowiens.

Moore de même, chez les hyperthyroïdiens nets, à métabolisme basal ayant en moyenne $+ 56\%$ ($+ 25$ à 112) trouve de l'achlorhydrie dans 78% des cas et, chez les sujets où il a pratiqué cette épreuve, comme contrôle l'histamine donne les mêmes résultats.

Hernando arrive à la même opinion générale à laquelle on peut en somme s'arrêter : l'inacidité est plus fréquente dans les formes de Basedow complètes ; l'hypersécrétion, l'hyperacidité sont plus fréquentes dans les formes légères d'hyperthyroïdisme.

Il semble donc bien, qu'en clinique comme tout à l'heure à l'expérimentation, l'action de la thyroïde excite d'abord, inhibe ensuite les fonctions gastriques.

Mais, malgré le puissant intérêt de toutes ces recherches et la concordance des résultats, il semble que si elles satisfont notre esprit pour expliquer les désordres digestifs du Basedow, de tels malades peu-

vent être suivant les auteurs, hypersthéniques ou hyposthéniques, hyperchlorhydriques ou anachlorhydriques, peu nous importe à côté des signes cliniques qui, eux, doivent être étudiés avec minutie pour nous orienter vers un diagnostic précis et une thérapeutique agissante. Voyons donc comment se présentent ces malades et pour cela examinons les mêmes observations de basedowiens frustes venus consulter à l'hôpital Saint-Antoine pour troubles digestifs.

Observations.

OBSERVATION N° 1.

M^{me} H..., 50 ans, présente dans les antécédents une crise antérieure de troubles dyspeptiques survenue à 43 ans. Cette malade, à cette époque anorexique marquée, présentait après les repas un gonflement immédiat de l'abdomen, nécessitant parfois le relâchement du corset, suivi de sensations de brûlures cessant de 1 à 3 heures après les repas. Ces malaises quotidiens persistèrent pendant 7 à 8 semaines, entrecoupés de jours d'amélioration suivant un rythme irrégulier, puis disparurent.

Sept années se passèrent donc sans gros incidents malgré la ménopause apparue à 45 ans.

Puis ces troubles reparurent. Un amaigrissement lent mais régulier fit perdre 5 kilogrammes à la malade dans les 3 dernières années. Elle, autrefois très active, se plaint maintenant d'une fatigue continuelle lui interdisant tout effort et d'une grande frilosité. Elle a bon appétit, mais est vite rassasiée. Après le repas, qu'elle essaye de rendre aussi copieux que possible, elle est prise aussitôt de pesanteurs gastriques puis survient ce gonflement si gênant qui l'inquiéta au cours de sa crise antérieure. Des brûlures assez sérieuses la tenaillent au creux épigastrique, d'horaire variable, soit précoces soit tardives, elles semblent être peu

influencées par l'ingestion d'alcalins et suivent un rythme irrégulier.

La nuit cette femme est souvent réveillée par des envies de vomir, aboutissant parfois, et précédant un état d'angoisse avec palpitations. Des crises de diarrhée alternent avec des périodes de constipation.

L'examen nous montre une malade, maigre, de type longiligne. Rien d'anormal n'est décelé par la palpation des organes thoraciques et abdominaux sinon la présence de battements de l'aorte abdominale dont la malade n'avait pas conscience. Il n'y a pas d'exophtalmie. Pas d'augmentation de volume de la glande thyroïde. Pas de tremblement.

Mais le pouls est à 100. La tension artérielle légèrement augmentée indique 17-9,5 au Pachon. Le réflexe oculo-cardiaque est exagéré.

L'examen radiologique montra un estomac ptosé, atone, sans lésions organiques.

On attribua donc ces troubles à un état sympathicotonique et l'on fit un métabolisme basal qui était augmenté de 35 %. Traitée par le repos et l'hématoéthyroïdine cette malade est revenue nous voir un mois après ; déjà très améliorée, elle a repris 3 livres, son pouls est à 80, elle souffre beaucoup moins, seul le gonflement abdominal persiste, ses selles sont normales.

OBSERVATION N° 2.

M^{me} de C..., 27 ans, vient consulter pour douleurs épi-gastriques persistantes, et gros amaigrissement.

Ses antécédents ne révèlent aucune affection intéres

sante, mais une aménorrhée totale depuis toujours. Pas d'éveil génital au cours du mariage.

Depuis trois ans cette malade a subi un amaigrissement inquiétant à juste titre, l'amenant de 68 à 48 kilos. Continuellement lasse, elle se plaint de sautes d'humeur qui la poussent à la colère pour des motifs les plus futiles. Son appétit est capricieux mais semble conservé. Tous les jours deux heures et demie environ après chaque repas elle est prise de douleurs au creux épigastrique, sans accalmie possible, cédant seules après de longs instants de souffrance.

Sur un terrain de constipation habituelle se sont installées des crises de diarrhée.

L'examen clinique et radiologique ne montre rien d'anormal du côté du tube digestif et fait rejeter toute hypothèse d'organicité. Le pouls est à 90. Un léger tremblement de fréquence rapide et de petite amplitude anime les doigts de cette malade.

Pas d'exophtalmie. Pas de goitre.

La recherche du métabolisme basal nous le montra augmenté de 34,3 % et signa le diagnostic de Basedow fruste chez cette malade.

Repos, bromures, iode amenèrent une amélioration rapide.

OBSERVATION N° 3.

M^{lle} N..., âgée de 24 ans, n'ayant rien à signaler dans ses antécédents, maigrit d'une façon continue et inexpliquée depuis 3 ans à raison de 3 kilos par an les 2 premières années de cet amaigrissement et de 4 kilos les dix derniers mois ce qui a fait descendre son poids de 62 à 52 kilos point actuel de la malade.

L'appétit de cette malade était conservé et lui paraît même exagéré. Elle ne souffre point mais est sujette à de fréquentes crises de diarrhée d'aliments mal digérés et récemment ingérés.

Traitée pour troubles entéro-colitiques elle a suivi un régime pendant ces derniers mois et pris de l'entérococène et des ferments lactiques sans amélioration.

L'examen clinique à la consultation ne montre rien d'anormal du côté digestif et intestinal. Pensant à l'hyperthyroïdisme on ne constate aucune augmentation de volume de la glande thyroïde. Pas d'exophtalmie. Pas de tremblement. Une légère tachycardie à 90.

Le réflexe oculo-cardiaque est indifférent.

Le métabolisme basal est alors recherché et son augmentation de 40 % confirme notre hypothèse de Basedow fruste.

Traitée par le repos, l'hématoéthyroïdine cette malade voit le premier mois disparaître ses crises diarrhéiques et reprend 1 kilo.

L'amélioration s'accroît par la suite.

OBSERVATION N° 4.

M^{me} F..., 40 ans, sans antécédents digestifs, vient consulter pour les troubles suivants :

Depuis 1 an cette malade a maigri de 10 kilos.

Nerveuse, agitée, elle dort difficilement et seules les heures matinales lui apportent un peu de repos. Au réveil nausées fréquentes et même quelques renvois d'un liquide aqueux, douçâtre.

Après le repas, sensation désagréable de pesanteurs précoces.

Réglée 2 jours tous les 21 jours ses époques sont régulières mais douloureuses. Elle pleure facilement et constate que son caractère est irritable.

Elle va 2 à 3 fois par jour à la garde-robe, ses selles sont molles, non fétides.

L'examen clinique et radiologique élimine toute hypothèse organique.

La glande thyroïde n'est pas augmentée de volume.

Pas d'exophtalmie. Pas de tremblement.

Pouls à 100. Réflexe oculo-cardiaque exagéré.

Le métabolisme basal recherché était augmenté de 39 %.

Nous lui conseillâmes le traitement suivant :

Coucher tôt avec ingestion de bromures. Lever tard.

Iode par doses fractionnées, sous forme de Lugol, alterné avec hématoéthyrôidine.

Cette malade ne revint plus.

OBSERVATION N° 5.

M^{me} V..., 28 ans, souffre depuis 1 mois environ de brûlures de la région épigastrique survenant 2 à 3 heures après le repas de midi, plus rarement le soir, suivies de renvois acides qui soulagent la malade. Un ballonnement pénible apparaît presque aussitôt après le repas réveillant parfois cette femme la nuit dans une sensation d'angoisse. La constipation va s'accroissant et les laxatifs ne semblent plus agir.

Les règles sont régulières, très douloureuses, diminuées en volume.

Ayant maigri de 3 kilos en un mois, cette malade nerveuse, ayant souvent des colères rentrées est triste et croit être atteinte d'ulcus gastrique.

Les examens clinique et radiologique repoussent toute organicité digestive et ne montrent qu'une atonie gastrique et de l'aérogastrie.

La thyroïde n'est point grosse. Pas de tremblement ni d'exophtalmie.

Le pouls est à 120.

L'épigastre est le siège de battements aortiques.

Le métabolisme basal recherché était augmenté de 25 %.

Cette malade demanda un régime qui fut établi le plus large possible. Elle prit du tartrate d'ergotamine et de l'hématoéthyrôidine.

L'amélioration fut rapide et très sensible.

OBSERVATION N° 6.

M^{me} C..., 41 ans, opérée pour appendicite chronique en 1925, il y a 7 ans, souffre depuis longtemps de digestions difficiles et a maigri progressivement de 5 à 6 kilogrammes. Il y a six semaines une crise douloureuse est apparue : à type de crampes, ces douleurs siègent dans la région épigastrique et dans le dos, irradiant vers la nuque, elles surviennent aussitôt après le repas pour cesser d'elles-mêmes, 1 à 2 heures après leur apparition.

Ni nausées, ni vomissements.

Une boule sternale gêne fréquemment cette femme et semble l'étouffer.

La nuit elle est réveillée parfois par des phénomènes d'angoisse.

La constipation est habituelle, les règles sont normales. L'examen ne montre aucun symptôme d'organicité digestive.

On ne constate ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement.

Le pouls est à 100. Le réflexe oculo-cardiaque exagéré.

Le métabolisme de base est à 51,4 augmenté de 39 % sur la normale.

Cette malade fut traitée au gynergène-hématoéthyroïdine et fut très améliorée.

OBSERVATION N° 7.

M^{me} B..., 32 ans, souffre depuis 2 ans d'une intolérance gastrique marquée. Chez cette malade qui a bon appétit, surviennent en effet des vomissements alimentaires immédiatement après le repas, ayant amené un amaigrissement d'une vingtaine de kilos. La constipation est habituelle. Les règles sont normales.

L'examen ne décelez aucun point douloureux abdominal.

Pas de goitre, pas d'exophtalmie.

Mais un pouls à 110 et un léger tremblement.

La tension artérielle est de 16-9 au Vaquez.

L'examen radiologique montre un aspect de Meyer de l'œsophage avec grosse rétention due vraisemblablement à un spasme du cardia.

Le métabolisme basal était augmenté de 28 %.

Un régime fut conseillé à cette malade ainsi qu'une thérapeutique aux bromures et hématoéthyroïdine.

OBSERVATION N° 8.

M^{me} H..., 41 ans, a un excellent appétit, mais présente après chaque repas un tableau d'hyposthénie précoce. En effet immédiatement après l'ingestion d'aliments cette malade accuse une sensation de gonflement, de distension, de pesanteur douloureuse. Ces malaises persistent environ une heure puis disparaissent. Les crises diarrhéiques sont fréquentes. L'interrogatoire nous révèle un tempérament hyperémotif, irritable, à des crises de cafard succèdent parfois des idées de destruction.

Les règles sont irrégulières et amènent toujours une exacerbation des symptômes.

L'examen ne nous révèle aucun point douloureux net, mais la présence de battements épigastriques.

Pas de goitre, ni exophtalmie. Ni tremblement.

Tachycardie à 120.

Métabolisme basal augmenté de 58 %.

Thérapeutique conseillée : bromures, alternant avec gardénal à doses fractionnées. Iode.

OBSERVATION N° 9.

M^{lle} L..., 21 ans, souffre de l'estomac depuis 2 ans. L'amaigrissement est de 10 kilos. Ces crises douloureuses à caractère de pesanteurs et de gonflements surviennent après le repas d'une façon irrégulière qui semble devoir prendre une continuité inquiétante depuis 3 mois environ, période à laquelle cette jeune fille est devenue complètement aménorrhéique. Frileuse, son caractère est devenu

très irritable, les nuits sont mauvaises, entrecoupées de réveils brusques avec crises de palpitations et d'angoisses. Autrefois constipée cette malade présente depuis cette époque des crises de diarrhée fréquentes, d'aliments récents mal digérés. L'examen clinique du tube digestif ne montre rien d'anormal si ce n'est la présence de battements épigastriques.

Mais l'examen complet révèle une exophtalmie légère mais réelle, de la tachycardie.

Pas de goitre, ni de tremblement.

Le métabolisme basal ne fut pas pratiqué ; mais cette malade fut très améliorée par bromures. Poudre de charbon, Hématoéthyréine.

OBSERVATION N° 10.

M^{me} S... P. souffre depuis 3 ans presque toute la journée de l'estomac. Elle ressent une impression de pesanteur gastrique calmée seulement par l'alimentation. Le matin elle est souvent prise de nausées mais jamais de vomissements. Très constipée elle n'a jamais eu de débâcles diarrhéiques.

Son amaigrissement malgré cette boulimie fut de 13 kilos. Cette femme est réglée régulièrement mais perd durant 2 jours seulement et d'une façon peu abondante.

L'examen nous montre une femme nerveuse, très frieuse. Aucun point douloureux net sur le trajet du tube digestif, mais de légers battements épigastriques.

Elle n'a ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblement.

Tachycardie à 95. Réflexe oculo-cardiaque exagéré.

Le métabolisme basal n'a pu être recherché.

Elle fut très améliorée néanmoins par le traitement à la belladone (pilules de Trousseau) et l'hématoéthyrôidine.

OBSERVATION N° 11.

M^{me} G..., 45 ans, vient consulter pour renvois fréquents et douloureux survenant aussitôt après le repas. N'ayant pas de douleurs vraies épigastriques cette femme ne sait à quelle cause attribuer ces troubles et a consulté plusieurs médecins sans résultat. Depuis quelques mois elle présente, de plus, des bouffées de chaleur fréquentes, des crises de palpitations et une douleur continue au niveau du cou, irradiant vers la nuque.

Les règles deviennent irrégulières et douloureuses.

L'examen montre une augmentation nette du volume du corps thyroïde avec présence d'un souffle continu à renforcement systolique siégeant au niveau du plexus thyroïdien supérieur. Les fentes palpébrales sont élargies, l'exophtalmie est légère.

Un tremblement rapide et menu anime ses doigts.

Elle ne présente pas de tachycardie.

Le réflexe oculo-cardiaque est normal.

Devant un tel tableau nous avons jugé inutile de rechercher le métabolisme basal et avons diagnostiqué une maladie de Basedow fruste avec insuffisance ovarienne ménopausique commençante.

Cette femme mise au repos prit de l'hématoéthyrôidine et des extraits ovariens ainsi qu'une potion de Rivière quand se présentaient ses troubles d'intolérance gastrique.

L'amélioration fut rapide.

OBSERVATION N° 12.

M^{me} V..., 38 ans, d'un tempérament migraineux, a toujours présenté quelques troubles digestifs.

Depuis quatre mois, elle, constipée habituelle, est sujet à des débâcles diarrhéiques survenant tous les trois à quatre jours et précédant des crises douloureuses sourdes siégeant dans l'épigastre, caractérisées par une sensation de plénitude, de gonflement et suivies par du hoquet, des nausées. La nuit cette malade nerveuse est réveillée fréquemment par des crises d'angoisse avec palpitations.

Son amaigrissement fut de 4 kilos en 4 mois.

Les règles sont normales en date mais très abondantes.

L'examen ne révèle aucun point douloureux abdominal. Ni goitre, ni exophtalmie.

Un léger tremblement menu et rapide agite les doigts.

Le pouls est à 100. Tension artérielle Mx 17, Mn 10.

L'épreuve de Goetsch, fut positive, amenant une accentuation de la tachycardie avec palpitations, une hausse de la tension maxima à 19,5.

Cette malade fut traitée par le repos, les bromures, l'hématoéthyoïdine.

OBSERVATION N° 13.

M^{me} R..., 47 ans, a présenté il y a un an et demi une maladie de Basedow avec goitre léger, tremblement, tachycardie, troubles psychiques, diagnostiquée et traitée aux rayons X par le Dr Salomon.

Très améliorée cette malade vient actuellement à la consultation pour troubles digestifs. Elle se plaint de gêne avec points de côté occasionnée par les gaz gastriques et intestinaux aussitôt après le repas. Pas de vomissements. Pas de douleurs épigastriques. Pas de diarrhée.

Les règles sont devenues très irrégulières.

L'examen ne nous montre aucun test d'organicité digestive. Une légère augmentation de volume de la thyroïde persiste. Plus de tremblement.

Le pouls est à 100.

Nous pensons à un réveil de basedowisme dû à la ménopause et conseillons l'emploi d'hématoéthylroïdine et d'extraits ovariens qui améliorent cet état.

OBSERVATION N° 14.

M^{me} G..., 30 ans, vient consulter pour amaigrissement lent et régulier de 7 à 8 kilos en quatre ans. Après chaque repas elle est prise de douleurs précoces ayant un caractère de distension pénible de l'estomac, cédant d'elles-mêmes au bout d'une demi-heure environ. L'appétit conservé est vite assouvi.

Des crises de diarrhée fréquentes alternant avec des phases de constipation. Cette personne est très nerveuse et sent que son caractère s'aigrit tous les jours. Autrefois enjouée, prévenante, les moindres contre-temps la mettent hors d'elle ; elle sent qu'elle a tort et se cache pour pleurer disant rendre la vie impossible à son mari.

L'examen montre une légère douleur dans la zone vésiculaire.

La radio montre un estomac ptosé, hyposténique avec une poche à air augmentée de volume.

Ni goitre, ni exophtalmie.

Tachycardie à 105, tension artérielle normale.

Réflexe oculo-cardiaque inversé.

Léger tremblement des doigts.

Le traitement institué comprenait : bromures, hématoéthyroïdine, repos, régime dissimulé.

OBSERVATION N° 15.

M^{me} P..., 32 ans souffre depuis un an d'une intolérance gastrique presque complète. Au début après chaque repas elle était prise immédiatement de nausées, de renvois, puis de véritables vomissements alimentaires très douloureux, s'étant mis d'elle-même à un régime sévère elle en était arrivée aux seules « pâtes-purées » qui ne lui apportèrent d'ailleurs qu'un mieux relatif, car si cette malade ne vomissait plus, elle ne se nourrissait plus et maigrit de 10 kilos.

De plus elle fut prise de diarrhée presque continuelle et ses époques devinrent irrégulières et douloureuses.

Anxieuse, elle était d'une grande frilosité, fatiguée au moindre effort, la nuit lui apportait peu de repos son sommeil étant entrecoupé de réveils brusques avec palpitations et angoisses.

À l'examen on ne constate qu'une ptose gastrique.

Pas de goitre, pas d'exophtalmie, pas de tremblement.

Le pouls est petit, rapide à 100. La tension artérielle et le réflexe oculo-cardiaque sont normaux.

Ayant assuré à cette malade qu'elle n'avait aucune

maladie grave de l'appareil digestif, nous lui conseillâmes un régime électif et non restrictif l'amenant en peu de temps à une alimentation normale.

Comme traitement : cures de 3 semaines d'hématoéthyroïdine, bromures avant le coucher.

Gynergène, 3 cachets par jour.

L'amélioration fut rapide et 4 kilos furent repris en deux mois.

OBSERVATION N° 16.

M^{me} G..., 27 ans, souffre depuis trois ans de crises douloureuses journalières sans horaire, sans accalmies, à type de crampe au creux épigastrique. Elle va bien à la selle, n'a ni constipation, ni diarrhée. Ses règles sont irrégulières non douloureuses mais diminuées.

L'amaigrissement fut de 12 kilos, ces 8 derniers mois.

L'examen ne montre aucune organicité digestive.

La glande thyroïde est légèrement augmentée de volume, cette région est le siège d'hypéresthésie cutanée. Pas d'exophtalmie.

Tachycardie légère. Tension artérielle normale.

Pas de tremblement.

Nous conseillâmes à cette malade des cures alternées d'iode et d'hématoéthyroïdine ainsi que des cachets de gynergène.

OBSERVATION N° 17.

M^{me} Ch..., 35 ans vient consulter pour amaigrissement rapide de 7 kilos en quatre mois alors que l'appétit semble s'exagérer. Elle n'est pas atteinte de douleurs gastriques

vraies mais les digestions sont lentes, pénibles. Le matin des douleurs lombaires quotidiennes la tenaillent, disparaissant au cours de la journée et n'ayant cédé ni à l'aspirine, ni aux salicylates, ces douleurs sont exagérées aux époques qui sont normales.

Depuis un an son caractère a changé et un rien la met en colère.

L'examen fait éloigner toute hypothèse organique du côté digestif.

Ni goitre, ni exophtalmie.

Tachycardie à 110. Tension artérielle 18-9,5.

Tremblement menu et rapide.

Cette malade fut traitée par le repos, bromures, hématoéthyrôidine.

OBSERVATION N° 18.

M^{me} M..., 40 ans, souffre depuis huit mois de troubles gastriques précoces survenant aussitôt après les repas. Cette malade qui a un excellent appétit voit son estomac augmenter de volume et éprouve une sensation de plénitude, de pesanteurs de la région épigastrique. Seules les émissions de gaz la soulagent. La constipation est habituelle sans crises de diarrhée. Depuis 2 mois cette malade a beaucoup maigri et les règles sont devenues douloureuses et ont diminué.

Frileuse, elle est sujette à des bouffées de chaleur et son caractère s'est beaucoup aigri.

L'examen ne montre rien d'anormal du côté du tube digestif.

La glande thyroïde n'est pas augmentée de volume,

elle n'a pas d'exophtalmie. Tachycardie légère, 90. Par contre le tremblement est important.

Traitement : Hématoéthyroïdine. Extraits ovariens. Gynergène.

OBSERVATION N° 19.

M^{me} L..., 38 ans, vient consulter pour un gros amaigrissement de 15 kilos en 3 ans. De plus depuis un an environ elle souffre par périodes d'une façon irrégulière, mais aussitôt après le repas, de pesanteurs dans la région épigastrique, de gonflement.

Elle est très constipée, ses règles sont régulières mais réduites à un jour. Fatiguée, elle dort mal, souvent sujette à des crises d'angoisse elle a des vertiges le matin avec état nauséux.

L'examen montre un point douloureux solaire.

Ni goitre, ni exophtalmie.

Tachycardie à 100, le pouls est petit, la tension artérielle normale. Tremblement très net des doigts.

Traitement : bromures, hématoéthyroïdine. Extraits ovariens et hypophysaires.

OBSERVATION N° 20.

M^{me} N..., 25 ans, vient consulter pour douleurs stomacales à caractère hyposthénique précoce. Ces troubles dyspeptiques datant de longue date semblent ne s'être améliorés par aucun traitement et depuis quelque temps sont aggravés par un amaigrissement progressif et des crises de diarrhée avec nausées fréquentes le matin.

Très émotive, très irritative cette malade est sujette à des crises de palpitations, d'angoisse avec sensation d'étouffement, poussées dépressives avec maximum au moment des règles.

Les examens clinique et radiologique firent éliminer toute hypothèse organique.

L'épigastre était le siège de battements de l'aorte abdominale. Il n'y avait ni goitre, ni exophtalmie, ni tremblements.

Le pouls était à 96. Le réflexe oculo-cardiaque inversé. Génésieime. Gynergène et hématoéthyroïdine améliorèrent cette malade.

OBSERVATION N° 21.

(*Paris médical*, 12 juillet 1930)

MM. Omer et Haynillah publient une observation curieuse de basedowisme ayant été révélé par des vomissements incœrcibles.

Il s'agit d'une femme qui, lorsqu'elle fut examinée pour la première fois, était malade depuis six mois. Jusque-là bien portante, elle s'était sentie envahir peu à peu par une lassitude générale, une fatigabilité excessive accompagnée d'une palpitation d'effort. Les traitements ordonnés n'eurent aucun résultat heureux. Asthénie, palpitations, essoufflement augmentèrent. Elle fut obligée de s'aliter ; dans le lit même elle avait des paroxysmes de palpitations. Vers ce moment les nausées apparurent, suivies par des vomissements. Ceux-ci ne se produisaient au début qu'après le repas et seulement pendant la journée. Ils survinrent ensuite pendant la nuit et sans que la malade eût rien pris.

Le sujet, qui pesait 82 kilos avant sa maladie, maigrit et devint méconnaissable. La température était normale, mais elle souffrait d'une sensation de chaleur et avait une soif vive.

Quand les auteurs la virent elle était dans un état de profonde inanition, dans l'impossibilité de quitter son lit. Un vomissement répété qui se produisait presque sans cesse, l'empêchait de prendre aucune nourriture. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux. Tout le tableau clinique se résumait à une tachycardie à 140 et un vomissement incoercible.

Les urines contenaient 1 gramme d'acétone par litre. La réserve alcaline était normale, la réaction de Bordet-Wassermann négative. A l'exploration de la glande thyroïde on trouvait un lobe droit plus volumineux que le gauche.

Ayant été traitée pour une thyroétoxicose soupçonnée, la malade vit son état s'améliorer rapidement. Cependant tandis que la convalescence progressait de jour en jour, on constata que le lobe droit de la thyroïde augmentait de volume en même temps que s'installait une légère exophtalmie.

Le pouls se tenait entre 100 et 120. Les signes de de Graef, de Stellwag et du frontal se montrèrent positifs. Après quelques alternatives la malade s'en retourna dans son pays.

De l'examen de nos 20 observations personnelles prises à la consultation de M. le Dr F. Ramond à l'Hôpital Saint-Antoine il ressort tout d'abord que parmi les troubles digestifs dus à des désordres glandulaires, les plus fréquents sont ceux que provoque le dysfonctionnement thyroïdien et surtout l'hyperthyroïdie. Le nombre de 20 basedowiens frustes sur 800 consultants du tube digestif nous montre en effet un pourcentage de 2,5 % vraiment important et que nous croyons utile de signaler. D'autre part, aucun de nos malades n'était du sexe masculin, il semble donc que si les femmes n'ont pas l'exclusivité d'une telle affection, tout au moins elles forment la grande majorité des basedowiens, et que, puberté, ménopause et flux ovarien sont des facteurs importants dans l'évolution de tels désordres glandulaires.

Quelles causes amenèrent de tels malades à une consultation du tube digestif ?

Les plus nombreux furent amenés pour douleurs à caractère hyposthénique précoce : 11.

5 vinrent pour amaigrissement important,

3 pour intolérance gastrique,

1 pour crises diarrhéiques.

Examinons maintenant les troubles si nombreux qu'accusent ces malades du côté de leur appareil digestif.

Clinique.

Troubles de l'appétit.

La boulimie, trouvée fréquemment par Gutmann, sous forme soit de petites fringales, soit de crises de gloutonnerie, avec besoin d'absorber des aliments en grande quantité et rapidement n'a pas été observée chez nos malades. En général l'appétit est conservé mais est vite satisfait, une sensation de gonflement, de fausse réplétion gastrique obligeant d'interrompre rapidement le repas en cours. Quelquefois se présentent de véritables « caprices alimentaires » avec de grandes irrégularités. Alors que chez eux de tels malades digèrent difficilement les mets les mieux choisis, au contraire, pris au restaurant sous l'influence d'un milieu favorable, les aliments les plus indigestes passent inaperçus.

Ce n'est que dans les cas graves qu'on observe l'inappétence chez des malades intolérants gastriques, qui restreignent d'eux-mêmes leur régime alimentaire, sans amélioration d'ailleurs, et qui arrivent à ne plus rien accepter ; entrant ainsi dans le cadre des inanitiés par fautes de régime (J.-Ch. Roux).

Le hoquet, survenant par crises, surtout dans les

moments d'exacerbation de la maladie, signe assez fréquent, que Maranon trouve, dit-il, dans 17 % des cas de maladie de Basedow, n'a été trouvé qu'une seule fois par nous-même.

Nausées, vomissements.

Fait bien plus important à connaître, les nausées, souvent prodromiques de vomissements ont été rencontrées chez 20 % de nos malades. Elles apparaissent suivant deux modes. Parfois matutinales, elles s'accompagnent de vertiges, de migraines, et semblent être en rapport avec un dysfonctionnement ovarien. Leur autre mode d'apparition est post-prandial, suivies fréquemment par des régurgitations acides ou douçâtres, elles correspondent au tableau d'hyposthénie précoce, et aboutissent souvent à de petits vomissements alimentaires vrais. Ce sont là des phénomènes peu graves mais parfois les vomissements sont bien plus marqués. Ce symptôme peut prendre chez les hyperthyroïdiens une allure sérieuse et même grave. Tous les auteurs, Moebius, Maranon, Herlando, Gutmann insistent sur son importance.

Certes, le plus souvent, il s'agit bien de petits vomissements épisodiques accompagnant des troubles dyspeptiques légers ; parfois tout en restant peu marqués ils constituent le seul symptôme (Gutmann) et le diagnostic s'égare vers l'idée d'une appendicite chronique, d'accidents vésiculaires, migraineux ou, comme c'est si souvent le cas dans l'hyperthyroïdie,

vers celles de phénomènes purement névropathiques (Nathan).

Mais les vomissements peuvent aussi acquérir une intensité particulière et même prendre une allure incoercible, allant jusqu'à simuler les grandes crises gastriques du tabès, par leur répétition, il arrive qu'ils entraînent un amaigrissement considérable, parfois un état inquiétant (obs. n° 7 et n° 15).

D'autres fois, les accidents revêtent un caractère de gravité immédiate. La malade d'Omer et Hayrullah (obs. n° 21) tomba dans un état de fatigue, avec palpitations, essoufflement, qui bientôt la confinèrent au lit ; les vomissements survinrent de plus en plus marqués puis incoercibles, amenant vite une véritable fonte tissulaire. Dans un cas plus grave, rapporté par Schmidt, les vomissements prirent une intensité extrême, le tableau devint celui d'un iléus, la malade succomba, et, en dehors de la maladie de Basedow, l'autopsie ne révéla aucune lésion.

Douleurs.

C'est le syndrome le plus fréquent et qui amena 11 de nos malades sur 20 à consulter.

Il peut être divisé en deux variétés :

La première rencontrée dans les deux tiers de nos observations, rentre tout à fait dans le cadre des « dyspepsies hyposthéniques » très bien décrites par Chiray et Chêne dans leur livre sur les dyspepsies nerveuses.

Ici, les douleurs ne sont pas tardives, elles apparaissent immédiatement après le repas, elles sont peu intenses, donnant une sensation de gonflement, de distension, de pesanteur plus ou moins douloureuse. Ces malaises persistent plus ou moins longtemps, de 1 à 3 heures, rarement soulagés par l'ingestion d'alcalins.

Parallèles à la maladie thyroïdienne qui évolue si souvent par poussées, elles peuvent, elles aussi, apparaître pendant quelques semaines, diminuer, disparaître d'elles-mêmes et prendre un caractère particulier dans leur irrégularité presque propre. Souvent, une fatigue, une courbature matinale sont accusées par le malade

Dans la deuxième variété au contraire, peut-être moins fréquente, les douleurs sont des crampes, des brûlures, des aigreurs. Siégeant au creux épigastrique, tardives surtout le jour, plus rarement la nuit, survenant de façon irrégulière ou rythmée, elles peuvent être très accentuées, dominer vraiment le tableau clinique. Nous les qualifierons de « douleurs épigastriques vraies ». Evoluant d'une façon plus régulière, l'intensité des douleurs, leur caractère tardif, font quelquefois penser à l'organicité ; en effet elles ressemblent étrangement à la douleur du syndrome pylorique. Hillemand et Mézard signalent ainsi le cas d'une femme, qui, lorsqu'ils la virent, était soignée pour ulcère et avait même subi des lavages d'estomac. Ils trouvèrent un métabolisme basal à $+ 30$, et, par la radiothérapie, firent disparaître tous les troubles.

L'aérophagie s'observe souvent, surtout dans la première variété. Elle n'a d'ailleurs rien de commun avec l'aérophagie vraie des « tiqueurs au vent » c'est, plutôt une dyspepsie flatulente chez des malades à l'estomac ptosé, atone, rattachée par Loeper à une cause mécanique, la compression. La langue est presque toujours saburrale, on rencontre parfois de la sialorrhée ainsi qu'une certaine fétidité de l'haleine.

En dehors de ces troubles dyspeptiques purs où l'estomac semble seul en cause, les troubles intestinaux rencontrés sont d'une telle fréquence (3/4 de nos observations) qu'il est utile de les rattacher à la description générale.

Diarrhée.

Rencontrée chez 7 de nos malades, elle se présente sous forme de crises diarrhéiques vraies évoluant avec paroxysmes et pouvant prendre une telle importance qu'elle domine le tableau clinique et en devient presque le seul signe digestif (observation n° 12). L'examen des matières mollasses, pâteuses, ayant l'aspect de bouse de vache, parfois liquides, constituées d'aliments mal digérés et récemment ingérés, montre un raccourcissement de la durée de la traversée digestive, une augmentation des déchets alimentaires non transformés, une augmentation de la quantité d'eau, une réaction parfois acide. L'origine de cette diarrhée a d'ailleurs été très discutée. Purement nerveuse pour Tinel, Brodin pense que les divers examens de matières confirment l'origine sym-

pathique des troubles observés : car expérimentalement la destruction du plexus solaire provoque une diarrhée profuse avec congestion intense de la muqueuse intestinale et suffusion hémorragique à sa surface, de l'hyperacidité chlorhydrique prononcée sans modification nette de la réaction peptique.

L'achylie en serait également une cause fréquente pour de nombreux auteurs.

La constipation.

Elle peut être d'un des 2 types classiques, mais la plus fréquente et aussi la plus caractéristique est la constipation spasmodique ; 5 malades en présentaient le tableau classique. Dans certains cas, outre les crises de fausse diarrhée, elle est associée par intermittence à des accès de colite muco-membraneuse. On sait, en effet, la part importante que prend le système nerveux dans le déterminisme de cette affection, et déjà Grasset insistait sur ce point. Souvent aussi la constipation garde le type atonique, 3 sympathicotoniques la présentaient habituellement.

Chez quelques malades, 5, on ne notait aucun trouble intestinal.

Les migraines n'ont pas été relevées dans la série de malades étudiée : des céphalées post-prandiales, des maux de tête plus ou moins précis mais pas d'accès migraineux vrais.

Examen clinique.

L'examen clinique n'apporte en général qu'un minimum de symptômes. Généralement, la sensibilité à la palpation est surtout manifeste au point xyphoïdien de Cruveilhier. Quant au point épigastrique sa banalité en diminue considérablement la valeur. Cependant, chez quelques malades où la ptose était très accusée, la sensibilité spéciale, l'hyperesthésie solaire sur laquelle insiste J.-Ch. Roux a été retrouvée. L'existence du point costal sympathique, à 4 ou 5 cm. de la xyphoïde, nous a paru surtout marqué à droite (1 observation). Peut-être faut-il, dans ces cas, le mettre sur le compte d'une atonie vésiculaire contemporaine ?

Les battements épigastriques de l'aorte abdominale furent observés chez 6 de nos malades, femmes maigres, dont la paroi abdominale, plus ou moins lâche, ou tout au moins présentant une musculature faible, se laissait déprimer facilement et permettait de noter d'emblée l'existence des battements de l'aorte dont ces malades n'avaient pas toujours conscience.

Ce symptôme serait pour P. Oury et Claude Masselin un très bon signe de sympathose digestive d'une part et d'autre part ferait éloigner l'idée d'affection organique. En effet sur une quarantaine de malades présentant ce symptôme et examinés par ces auteurs, deux seuls étaient organiques (une cholécystique

chronique et une séquelle d'appendicectomie). La palpation de l'abdomen révélait quelquefois une corde colique gauche spasmée, en rapport avec la constipation particulière du malade, mais le plus souvent était négative.

Étude radiologique.

Nous n'avons jamais retrouvé les schémas classiques repris par Baensch, ni le péristaltisme désordonné de Küsmal. Aucun malade ne présentait l'hypertonie, l'hyperkinésie gastrique que Timbal a rencontré dans certaines dyspepsies névropathiques. Le plus habituellement, quand à la radiologie on décelait une anomalie, c'était l'*atonie*.

Dans ce cas, le remplissage est normal. Si, au premier moment, on peut noter un passage pylorique, très rapidement le bas-fond s'immobilise et réalise l'aspect d'une cuvette, non pas à grand axe transversal comme dans la sténose du pylore, mais franchement semi-lunaire ou à grand axe vertical.

Les contractions vives parfois au début, diminuaient rapidement en rapidité et en amplitude.

Lorsqu'on constatait une ptose, elle était en rapport avec un amaigrissement prononcé et sa coexistence avec l'atonie pouvait rendre la symptomatologie plus aiguë.

Nous avons noté une fois (obs. n° 7) de la dilatation œsophagienne avec spasme du cardia pouvant

encore, d'après Loeper, être rattachée à une compression mécanique plutôt qu'à une cause toxique.

Le chimisme gastrique n'a pas été étudié systématiquement pour des raisons d'organisation matérielle. Or, comme l'ont rappelé Oury, Godard et Nichita, le parallélisme entre le caractère des douleurs et le chimisme est impossible à réaliser. Dans leur dernière étude méticuleuse, on trouve en effet des brûlures chez des hypochlorhydriques, des pesanteurs chez des hyperchlorhydriques.

Caractère de ces troubles digestifs.

Tous ces symptômes peuvent être trouvés dans la vagotonie pure ou la sympathicotonie pure sans Basedow, comme l'ont montré G. Dreyfus et M. Labbé. Ce qui fait leur intérêt c'est donc de nous guider vers l'idée de leur caractère secondaire d'origine nerveuse et de nous faire rechercher les autres signes de basedowisme qui leur sont associés, submergés souvent sous l'acuité des troubles digestifs, mais qui seuls cependant permettront de poser un diagnostic de certitude et d'orienter le traitement vers une voie scientifique.

Troubles du caractère.

Ce sont des troubles très fréquents et précoces, rencontrés dans le quart de nos observations de maladie de Basedow fruste. Le sympathicotonique

est généralement considéré par son entourage comme un « nerveux ». Son agitation manifeste, son activité souvent augmentée lui donnent un aspect particulier. Les troubles fonctionnels qu'il présente l'inquiètent, le rendent anxieux, mais il critique, épie, argumente les avis qu'on lui donne.

Souvent violent, il présente fréquemment des crises de colère par poussées et cet anxieux rouge s'oppose assez schématiquement au mélancolique pâle qu'est le vagotonique (Larrivé et Dancenis).

Ces troubles d'ailleurs s'apparentent pour beaucoup à ce que Dupré a désigné sous le nom de :

Constitution hyperémotive. « C'est un mode de déséquilibre caractérisé à la fois par l'exagération diffuse de la sensibilisation et l'insuffisance de l'inhibition motrice (réflexe et volontaire) en vertu duquel l'organisme présente, aux ébranlements qui le sollicitent, des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée et se montre plus au moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux ».

Actuellement avec Maranon, Tinel, Targowla, Sautenois on admet que le psychisme influence directement le sympathique et les glandes endocrines, qui président aux manifestations extérieures de l'émotion (palpitations, rougeur, pâleur, sensation de constriction œsophagienne ou thoracique, hyper-sécrétions lacrimale, urinaire, intestinale, etc). Si l'émotion est passagère, ces modifications s'effacent, mais dans le cas d'émotions subintrantes, ces symptômes per-

sistent et s'aggravent. Le système endocrino-végétatif conserve le pli.

Rappelons enfin que les travaux de Camus et Roussy, d'Haskovec, font du troisième ventricule un cerveau affectif ; le fait est d'autant plus plausible que les acquisitions de ces dernières années ont permis d'isoler en cette région bien des centres végétatifs et probablement aussi les commandes des fonctions sympathiques et endocriniennes.

Les rapports du psychisme des malades atteints de dyspepsie nerveuse avec l'hystérie sont actuellement délicats à préciser. La réaction qui se dessine contre la doctrine un peu trop catégorique de Babinski permet d'envisager le problème sous un angle moins étroit.

« L'argumentation de Babinski, dit Chaslin, renverse la doctrine physique de Charcot, mais renforce le côté mental si je puis dire, puisque tout est devenu mental ». Sa doctrine du pithiatisme a rendu un service éminent en éliminant « les troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets et qui sont susceptibles de disparaître par persuasion ». Mais, ces certains sujets ne présentent-ils pas de modifications d'ordre végétatif qu'il est possible de mettre en évidence ? Depuis longtemps, quelques auteurs (Rosenthal, Soudée, Huchard) avaient été frappés de la fréquence des accidents « hystéromorphes » au cours de la maladie de Basedow-Graves. Dans son *Précis de psychiatrie*, tout récemment, Lévy-Valensi signale leur existence

dans cette affection. Quand on confronte les zones douloureuses, les irradiations que peuvent présenter ces malades, on est frappé de leur parenté avec les zones hystérogènes. Nous n'avons d'ailleurs, pour notre part, retrouvé de telles zones douloureuses que chez une seule de nos malades.

Examen des malades.

Que nous révèle en effet l'examen complet de nos malades en dehors de l'appareil digestif ?

Le goître est extrêmement rare à cette période de début où les malades viennent consulter pour troubles digestifs. Nous l'avons cependant rencontré dans 2 observations où le diagnostic de maladie de Basedow avait déjà été posé. Dans un cas même (observation n^o 11) l'auscultation révélait la présence d'un souffle au niveau du plexus thyroïdien supérieur, constant, à renforcement systolique : avec lui coexistait de l'hyperesthésie de toute la région.

L'exophtalmie est également rare (2 observations), elle est légère et nous n'avons jamais pu mettre en évidence les signes de Stellwag, Moebius, de Graef.

Le tremblement, bon signe de probabilité, il fut rencontré dans un tiers de nos observations. Menu, rapide, parfois très marqué, il est quelquefois seulement provoqué par les émotions, l'action d'écrire, l'attitude du serment avec doigts écartés ou le croisement des jambes.

Les manifestations cardio-vasculaires. — Ce sont les plus fréquentes et les plus précoces, aussi les avons-nous rencontrées chez presque toutes nos malades.

En ce qui concerne les troubles circulatoires eux-mêmes, on doit noter que les *tachycardies* d'origine basedowienne ne présentent pas des caractères typiques, en quelque sorte pathognomoniques. Cependant on pensera d'autant plus à cette origine qu'on se trouvera en présence d'une tachycardie régulière, oscillant aux environs de 100 à 120 pulsations : tachycardie permanente sur laquelle se greffent parfois des paroxysmes, dont le début et la fin sont plutôt progressifs que subits, et pendant lesquels la vitesse du pouls atteint 130, 150, sans dépasser 180. Cette accélération cardiaque entraîne quelques symptômes accessoires, tels qu'une certaine amplitude du choc de la pointe et un éclat plus ou moins marqué des bruits normaux du cœur, qui s'accompagnent assez souvent de souffles extracardiaques. Quant à l'*hypertension artérielle*, elle est à peu près constante, et comme le répétait récemment Galavardin, chez ces malades amaigris, déprimés, dont la tension devrait être basse, on trouve avec les différents appareils de mesure une tension artérielle le plus souvent augmentée. Elle est légère et porte surtout sur la maxima, qui dépasse de 1 à 3 cm. de Hg. les chiffres les plus élevés dans la gamme des valeurs normales, tandis que la minima reste au niveau de la normale. Nous voyons donc, avec Lian, que dans l'hypersympathicotomie basedowienne, la tachycardie déborde l'hypertension.

A côté de ces signes, d'autres manifestations morbides observées habituellement dans le goitre exophthalmique peuvent avoir un certain intérêt.

C'est la *sensation de chaleur*, qui peut être constante ou se produire par bouffées.

Ce sont les *sueurs*, au sujet desquelles cependant nous devons faire quelques réserves, car on les trouve également chez les hypervagotoniques.

C'est l'*insomnie* accompagnée de cauchemars.

Ce sont les *troubles endocriniens associés, ovariens ou surrénaux*, très fréquemment rencontrés, surtout les premiers, et évoluant par poussée parallèlement à la maladie thyroïdienne.

C'est enfin l'*amaigrissement*, pouvant être intense, causé par l'augmentation des échanges, parfois exagéré par les fautes de régime.

EN PRATIQUE :

Comment, en présence de troubles digestifs, semblables à ceux rencontrés chez nos malades, les rattacher à leur véritable cause et faire le diagnostic de maladie de Basedow ?

Ce diagnostic est évident et il suffit d'y penser si l'on se trouve vis-à-vis d'un syndrome au complet avec ses 4 grands symptômes : exophthalmie, goitre, tachycardie, tremblement.

Il est plus difficile dans les formes frustes, où, comme chez nos sujets, l'exophthalmie et le goitre peuvent manquer et le tremblement être très atténué. En pareil cas, l'association aux signes digestifs d'au-

tres signes d'irritabilité sympathique tels que, sensibilité solaire avec battements à ce niveau, état nerveux particulier avec grande impressionnabilité, rougeur et pâleur faciles, tremblement léger, sont autant de signes de probabilité. Deux autres troubles, associés surtout, ont une grande valeur diagnostique : la tachycardie et l'hypertension.

Dans les cas douteux il peut être utile de confirmer le diagnostic par un certain nombre d'épreuves.

La plus importante paraît être le *métabolisme basal* toujours augmenté dans la maladie de Basedow, épreuve qui est devenue indispensable à la gastro-entérologie.

En l'absence de cette recherche, qui a l'inconvénient de nécessiter un laboratoire bien outillé, on peut se contenter pauvrement de l'ingénieuse épreuve de Laignel-Lavastine dite de l'« apnée volontaire ». Elle consiste à demander au malade de retenir sa respiration le plus longtemps possible, en raison de l'intensité des combustions, cet arrêt n'est que de très courte durée, très inférieur à la normale. On doit rechercher également le *réflexe oculo-cardiaque*. Lorsque la compression oculaire provoque de l'accélération cardiaque (réflexe inversé) c'est une constatation en faveur de l'hypersympathicotonie. Par contre si la R. O. C. entraîne un grand ralentissement cardiaque (réflexe fortement positif), cela ne permet pas d'écarter l'hypersympathicotonie. Pareille éventualité est en effet banale chez nos basedowiens, elle permet seulement d'affirmer qu'un certain degré d'hyperva-

gotonie coexiste avec une sympathicotonie manifeste.

Il est utile parfois de recourir aux méthodes d'exploration pharmaco-chimiques.

L'épreuve de l'adrénaline ou *signe de Goetsch* consiste à injecter au malade un 1/2 mgr. d'adrénaline : par suite de la sensibilité exagérée à l'adrénaline observée chez les basedowiens, on note de la pâleur de la face, une accentuation de la tachycardie avec palpitations (augmentation du nombre des pulsations d'au moins 10 à la minute), une hausse de la tension artérielle maxima de plus de 1 cm. de Hg. Notons que l'on peut parfois, dans les 2 heures qui suivent l'injection, observer une glycosurie plus ou moins marquée, laquelle serait bien en rapport avec une hypersympathicotonie d'origine thyroïdienne.

L'épreuve de la thyroïde (Parisot et Richard) consiste à injecter 1 gr. de corps thyroïde. Si l'épreuve est positive elle détermine un ralentissement du pouls d'au moins 10 pulsations et une chute de la pression maxima.

De même dans l'épreuve de l'hypophyse (Claude, Baudouin et Porack) l'injection d'extrait hypophysaire détermine du ralentissement du pouls avec glycosurie.

Traitement.

Le diagnostic une fois porté, comment traiter la maladie ? En dehors du traitement classique par le repos, les douches, le bromure, gynergène, le gardénal à doses fractionnées, la première question qui se pose est de savoir si le régime est toujours nécessaire. A notre avis il est indispensable lorsqu'on a noté des troubles de la motricité ou de l'évacuation gastrique. En outre il est utile au point de vue psychique, mais doit être surveillé de très près, à ce point de vue l'alimentation du dyspeptique nerveux doit être soigneusement précisée. Trop souvent, en effet, un régime omnibus distribué dans les consultations hâtives, est interprété par les malades dans son sens le plus restrictif. Ils reviennent amaigris, asthénisés, découragés, dégoûtés des « pâtes-purées » auxquelles ils se sont crus condamnés. Le médecin doit au contraire sélectionner et varier les aliments.

Le régime sera donc électif, non restrictif, il doit être suffisant et c'est sa qualité essentielle.

La thérapeutique des troubles fonctionnels gastriques n'est pas l'indication essentielle chez le dyspeptique nerveux. Après avoir précisé qu'il n'existe

ni ulcère, ni la tumeur redoutée, il faut cependant entrer partiellement dans les vues de nos malades en instituant un traitement des douleurs gastriques. Mais, comme le souligne très justement Bouchut, ce traitement ne doit être qu'une aide passagère, on le présentera comme tel au malade pour éviter qu'il ne persiste dans son opinion première d'affection organique.

La *belladone* est susceptible de rendre des services nets et réguliers dans les cas si fréquents où la dyspepsie nerveuse est associée à une constipation spasmodique. Son action porte alors à la fois sur les entéralgies qu'elle calme et la constipation qu'elle combat. Il est indiqué de la prescrire en pilules et à la fin du repas. On emploiera par exemple les classiques pilules de Trousseau :

Poudre de belladone	} à à 1 cgr.
Extrait de belladone	
1 à 2 pilules à la fin des 2 grands repas.	

L'ésérine a été conseillée dans les douleurs solaires par Moutier, qui la prescrit habituellement selon la formule suivante :

Salicylate neutre d'ésérine.	1 cgr.
Glycérine à 28°.....	3,5 cmc.
Eau distillée.....	1,5 cmc.
Alcool à 95°qs. p.	10 cmc.
En flacon teinté.	

Pour tâter la susceptibilité du malade, il est conseillé d'utiliser les doses moyennes (X gouttes par prise) et d'augmenter ensuite progressivement.

Beaucoup de spécialistes croient préférable d'utiliser la *génésérine* qui serait aussi active mais moins toxique.

Ces 2 produits ont une action certaine sur ce qu'on a appelé d'un terme bien vague le syndrome solaire, c'est-à-dire les douleurs viscérales de la région épigastrique.

En tout cas, il possède une influence sédative marquée pour le sympathique.

Le traitement quasi-spécifique, celui qui améliore 8 fois sur 10, qui guérit une fois sur 10 et qui n'est pas dangereux, c'est la médication antithyroïdienne, à base de sérum d'animal privé opératoirement de son corps thyroïde.

L'hématoéthyroïdine se donne ainsi :

Première semaine : 3 cuillers à café par jour.

Deuxième semaine : 3 cuillers à dessert par jour.

Troisième semaine : 3 cuillers à soupe par jour.

Quatrième semaine : repos.

Une variante de ce traitement consiste dans l'emploi du lait de chèvre éthyroïdé, plus actif, disent les auteurs que le sérum.

Aux malades qui ne peuvent faire les frais de l'hématoéthyroïdine :

Les 10 premiers jours du mois, prescrivez le bromhydrate de quinine, vaso-constricteur des vaisseaux du goitre, 0 gr. 50 à chacun des 2 repas.

Les 10 jours suivants : le salicylate de soude pris

avec du bicarbonate à chacun des 3 repas, une cuiller à soupe de potion contenant 1 gr. de salicylate.

Les 10 derniers jours : le borate de soude (Loeper) 2 à 4 gr. en solution à 5 % associé au citrate de soude également à 5 %.

Le traitement iodé, par exemple sous forme de solution iodo-iodurée, iode 5 gr., k I., 10 gr. Eau 100 gr.

XX à XL gouttes par jour dans du lait le matin donnerait également, pour les Américains et Marcel Labbé, de bons résultats.

Dans les formes plus intenses le traitement de choix est la radiothérapie. A doses suffisantes et suffisamment répétées, cette technique a à son actif un grand nombre de guérisons définitives.

Tels sont les principaux traitements vraiment efficaces.

De nombreux extraits glandulaires ont également été essayés, nous n'en retiendrons que 2, *l'extrait hypophysaire* et *l'extrait ovarien*.

Associé au traitement médical l'extrait hypophysaire paraît excercer nettement une influence favorable ; quant à l'extrait ovarien, il est indiqué seulement dans les cas où existent des troubles ovariens associés, c'est-à-dire lorsque la maladie de Basedow est apparue au moment de la puberté ou de la ménopause.

Conclusions.

Dans la maladie de Basedow fruste, ou dans sa période de début, les troubles digestifs sont très fréquents et peuvent dominer par leur importance tout le tableau clinique. A part leur évolution irrégulière, par poussées, ils n'ont aucun caractère pathognomonique. Cependant ils ont une réelle valeur indicatrice, n'étant liés à aucune organicité digestive. Ils nous amènent à déceler les signes associés de maladie de Basedow et rechercher au besoin les tests complémentaires de laboratoire parmi lesquels le métabolisme basal a pris aujourd'hui une place prépondérante. Ils nous guident donc vers un diagnostic de certitude qui lui-même nous fera éviter les fautes de régime si néfastes et nous amènera à établir un traitement vraiment scientifique.

Vu : le Président de la thèse,

M. LOEPER.

Vu : le Doyen de la Faculté,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARBEIT. — Dyspepsie appendiculaire. Thèse de Paris, 1924.
- BARD. — Physiologie générale normale et pathologique des dispositifs réceptifs périphériques et des voies centripètes du sympathique. *Ann. de Méd.*, t. XI, juin 1922.
- BARJON. — Le syndrome atonique des voies digestives chez les nerveux. Etude de radiologie clinique. *Lyon Médical*, 10 février 1920.
- BARA. — De la dilatation de l'estomac. Thèse de Paris, 1879.
- BEAU. — *Traité de la dyspepsie*. Paris, 1866.
- BENON. — Enervement, anxiété périodiques et névroses gastriques. *Gaz. des Hôp.*, 21 janvier 1913.
- BERGMANN. — Über die newösen Erkrankungen des Magens. *Die Therapie der Gegenwart*, mai 1924, p. 216.
- BERNARD (A.). — Sur 2 cas de claudications intermittentes de l'estomac. *Société de Gastro-entérologie de Paris*, 11 janvier 1926.
- BIANCHANI (G. et H.). — Système nerveux végétatif et agents physiques. *J. de M. et de Ch. pratiques*, 10 sept. 1930.
- BLAMONTIER. — Les mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin. Thèse de Paris, 1924.
- BOUCHARD. — Du rôle pathogénique de la dilatation de

- l'estomac et de ses relations avec divers manifestations morbides. *Bull. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 1887.
- BOUCHUT. — Le traitement des gastro-névroses. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juillet 1922.
- BOUCHUT et LAMY. — Gastro et entéro-radculite. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, janv. 1921.
- BOUVERET. — *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.
- BREUKMANN. — *Arch. des mal. de l'app. digest.*, nov. 1929.
- CANNON. — Les facteurs mécaniques de la digestion. Londres, 1911.
- CARNOT, GAYET et MERKLEN. — Recherches sur l'innervation motrice de l'estomac. *III^e réunion de l'Assoc. des Physiol. de langue française*. Roscoff, avril 1929.
- CARNOT, RATHÉRY et HARWIER. — *Précis de thérapeutique*. Paris, 1926.
- CARNOT et TERRIS. — Action péristaltique de l'opothérapie hypophysaire. *Paris médical*, 3 avril 1926.
- CHABROL. — Les dyspepsies nerveuses. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 juin 1929.
- Conceptions actuelles des syndromes dyspeptiques. *Paris méd.*, 25 janv. 1930:
- CHIRAY et CHÊNE. — Essai sur l'activité du tartrate d'ergotamine dans l'atonie gastrique et vésiculaire. *Soc. de Gastro-Entérol. de Paris*, avril 1931.
- Les dyspepsies nerveuses. Paris, 1932.
- CHIRAY et PAVEL. — Syndromes neuro-végétatifs, in *Nouveau Traité de Méd.*, fasc. XXI.
- CHOMEL. — *Traité des dyspeptiques*. Paris, 1857.
- CORNIOLEY. — Névrose grave du plexus solaire simulant une perforation gastrique. *Arch. des Mal. de l'app. digest.*, mai 1925.

- COURTADE et GUYON (J. F.). — Contribution à l'étude de l'innervation motrice de l'estomac. *Journ. de Phys. et de Pathol. générale*, 1899, I, 38 et 47.
- CURSCHMANN. — Les troubles gastriques hyréotoxiques. *Munch. med. Wochen.*, 9 mars 1928.
- DANIÉNOPOLU. — *Presse Médicale*, 26 déc. 1928.
- Réflexe oculo-gastrique. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, 1924.
- Les épreuves végétatives. *Presse médicale*, 25 juillet 1923.
- DUPRÉ. — La constitution émotive. *Paris médical*, 7 oct. 1911.
- ENRIQUEZ et DURAND. — L'estomac hypertonique. *Presse méd.*, 9 oct. 1912.
- EPPUIGA et HESS. — Zur Pathol. des vegetativen Nerveu System. *Deutsch Arch. f. Klin. Med.*, 1909.
- FAROY. — Dyspepsie gastrique secondaire. *La Médecine*, juillet 1922.
- FILINSKI et ROTOWSKI. — L'influence de la Génésérine sur la sécrétion du suc gastrique chez l'homme. *C. R. Soc. Biol.*, oct. 1927.
- FLEURY (M. de). — Les troubles digestifs de nature émotive. *Journ. des Prat.*, 10 nov. 1923 ; *Presse méd.*, 4 juillet 1923.
- FORGNE. — La douleur des viscères. *Gaz. des Hôp.*, 6 nov. 1926.
- GARRÉLOU et SANTENOISE. — Choc peptonique et tonus parasympathique. *Presse méd.*, 24 fév. 1920.
- GAULTIER. — Les dyspepsies gastriques. Paris, 1927.
- GLÉNARD. — Les dyspepsies nerveuses. Paris, 1885.
- GOVAERTS et CORNIL. — Les dyspepsies réflexes. *Bruxelles méd.*, 22 mai 1927.
- GRASSET. — Les gastropathies nerveuses. *Journ. Méd. français*, 1909.

- GENTAL. — Contribution à l'étude de l'atonie gastrique. Thèse Nancy, 1929.
- GUILLAUME (A. C.). — Le sympathique et les systèmes associés. Paris, Masson, 1920.
- Vagotonies. Sympathicotones. Neurotonies. Paris, Masson, 1925.
- GUTMANN. — Syndromes épigastriques. Doin, 1929.
- Les troubles gastriques de l'hyperthyroïdie. *Ann. de Thérap. Biolog.*, 15 déc. 1932.
- HAYÈM. — Des crises gastriques. *Bull. méd.*, 1894, p. 459.
- HAYEM et LYON. — Maladies de l'estomac. Paris, 1913, p. 601.
- HILLEMANT et MÉZARD. — Quelques formes atypiques de la maladie de Basedow à symptomatologie digestive. *Prat. méd. franç.*, nov. 1930.
- KANTON. — Troubles neurologiques et psychiques dans les maladies du tube digestif. *Journ. of New. and Ment. dis.*, juillet-août 1929.
- KRAND-FABER. — Etiologie de l'Achylie gastrique. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, nov. 1920.
- KREISS. — Recherches cliniques sur la Vagotonie et la Sympathicotonie. *C. R. Soc. Biol.*, 1921.
- KUSMAUL. — Die peristaltische Unruhe des Magens, 1880.
- LABBÉ (M.) et SÉBILEAU. — Crises solaires sympathicotoniques sans tabès. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} juillet 1932.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches sur le plexus solaire. Thèse de Paris, 1902.
- Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. Leçon, mars 1927.
- Types vagotoniques et vaso-moteurs des sympathoses complexes. *Paris méd.*, 26 juin 1924.
- LAFITTE et MAY. — Les ectosymphathoses. *Traité de Méd.* Paris, 1926.

- LANGERON. — Les manifestations viscérales de l'épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 7 nov. 1925.
- LARRIVE et DANCENIS. — Le système neuro-végétatif dans les états émotifs et anxieux. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 juillet 1930.
- LEMAIRE. — Le problème de la sensibilité viscérale. Louvain, 1928.
- LERICHE. — Crises gastriques en dehors du tabès. *Lyon chir.*, fév. 1914.
- LEVEU. — La maladie cérébro-gastrique. *C. R. Soc. Biol.*, 1881.
- LÉVY (Léopold). — Vues générales sur l'endocrinologie. Paris, 1929.
- LOCKWOOD. — Action des troubles endocriniens sur les fonctions digestives. *Journ. of the American Med. Ass.*, 3 oct. 1925.
- LOEPER. — *Thérapeutique médicale*, t. I et II. Paris, Masson, 1930.
- La dyspepsie flatulente chez les goitreux. *Leçons de Path. digestive*, 4^e série, 1919 ; *Leçon VII*, p. 86, Masson, éditeur.
- LOEPER et MOUGEOT. — Le R. O. C. dans le diagnostic des Névroses gastriques. *Progrès méd.*, 26 avril 1923.
- Goitre simple et Insuffisance mitrale fonctionnelle. *Presse médicale*, n° 38, 12 mai 1926, p. 594.
- LOEPER et OLLIVIER. — Borate de soude et Corps thyroïde. *Bull. et Mém. Société des Hôpitaux*, t. I, p. 734, 15 mai 1925 ; *Progrès médical*, 23 mai 1925 et *Presse médicale*, n° 52, 29 juin 1932, p. 1013, avec Biory et Soulié.
- LOEPER et WAGNER. — Les états dyspeptiques d'origine commotionnelle. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, janv. 1919.
- LUMIÈRE. — Rôle des émotions. *Presse méd.*, 8 août 1928.

- MARANON. — Problèmes de la doctrine des sécrétions internes. Madrid, 1922.
- MARINESCO. — Mécanisme physiologique de certains troubles hystériques. *Semana Med.*, 19 juin 1930.
- MATHIEU. — Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies. Paris, 1895.
- MATHIEU et ROUX (J. Ch.). — L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux. Paris, Masson.
- MAURIAC et AUSSON. — Sur une forme paroxystique d'hyperexcitabilité vago-sympathique. *Bull. méd.*, mars 1926.
- MOLEEN. — Choc émotionnel et troubles gastriques et intestinaux. *Journ. of the American Med. Assoc.*, 27 sept. 1930.
- MOUTIER. — Association de l'atropine et de l'eisérine dans le traitement des dyspepsies gastro-intestinales. *Soc. de gastro-entée. de Paris*, 13 oct. 1924.
- MUNIER. — Les troubles sympathiques dans les états convulsifs. Thèse de Nancy, 1920.
- NATHAN (M.). — Les Psychoses évitables. Paris, 1930.
- Les malades dits imaginaires. Paris, 1931.
- ODDO et DE LUNA. — Les sympathèses. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, mars 1926.
- OMER et HAYMULLAH. — Les vomissements dans le Basedowisme. *Paris méd.*, 2 juillet 1930.
- OURY, NICHITA et GODART. — La douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, juin 1930.
- RABINOWITCH. — Déséquilibre vago-sympathique et syndrome sous-cortical. *Semana med.*, 19 juin 1930.
- RAMOND (F.). — Maladies de l'estomac et du duodénum. Masson, 1927.
- Le spasme du pylore. *Presse méd.*, 5 mai 1920.
- RAMOND et PETIT. — Syndrome sympathique. *Bull. Soc. Méd. Hôp.* Paris, 1917-1918.

- RAMOND et P. CHÊNE. — Le vertige digestif. *Gaz. méd. de France*, 1^{er} mars 1930.
- RISCHARD (Michel). — Les lois du sympathique. *Strasb. méd.*, 1930, p. 81.
- ROGER. — Le choc nerveux. *Rev. de Méd.*, 1916.
— Les vagotoniques. *Rev. de Méd.*, 1922.
- ROUX (J. Ch.), MONTRER et CARRIÉ. — Pathologie gastro-intestinale. Doin, 1923, t. 21.
- SÉE (Germain). — Les dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881.
- SOUPAULT. — Les dyspepsies nerveuses. Thèse de Paris, 1893.
- THOMAS (A.). — Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur. *VII^e réunion neur. int.* Paris, juin 1926.
- TONEL et SANTENOISE. — Vago-sympathie et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie. *Presse méd.*, avril 1922.
- TURRIÈS. — Sur certaines formes d'épigastralgies d'origine non évidente. *Mais. Méd.*, 5 janv. 1930.
- UDAONDO. — Achylies gastriques fonctionnelles. *Arch. mal. app. digest.*, mai 1923.
- VINCHON. — Les syndromes dépressifs. *La Méd.*, oct. 1930.
- WERTHEINER. — L'innervation et l'innervation gastrique. Thèse de Lyon, 1922.
- ZWEIG. — Etiologie de la dilatation gastrique aiguë. *Beit. zur Klin. Chirurg.*, 10 août 1928.

